

DE LA
PÉRINÉORRHAPHIE IMMÉDIATE

PAR LA MÉTHODE DES SUTURES INTERSTITIELLES

— PROCÉDÉ DE M. LE PROFESSEUR FOCHIER —

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Mars 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JOSEPH GALLOIS

Né le 29 Septembre 1859, à Mantoche (Haute-Saône)

Ex-Interne des Hôpitaux de Besançon.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Février 1895



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545906_0075

DE LA

PÉRINÉORRHAPHIE IMMÉDIATE

PAR LA MÉTHODE DES SUTURES INTERSTITIELLES

— PROCÉDÉ DE M. LE PROFESSEUR FOCHIER —

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Mars 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JOSEPH GALLOIS

Né le 29 Septembre 1859, à Mantoche (Haute-Saône)

Ex-Interne des Hôpitaux de Besançon.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Février 1895

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUGHACOURT CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE
Anatomie.		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		X.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPPIER.
Médecine légale.		POLLOSSON (MATRICE)
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie.		X.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. ROCHET.	MM. WEILL.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	RODET.	BARRAL,
CONDAMIN.	JABOULAY.	ROLLET (ÉTIENNE)	chargé des fonctions d'agrégé.
COURMONT.	LANNOIS.	ROQUE.	MOREAU id.
DEROIDE.	PERRET.	ROUX.	
DEVIG.	POLLOSSON (Aug.)	VIALLETON.	

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LAROYENNE, Président; M. WEILL, Assesseur; MM. POLLOSSON (A.) et CONDAMIN Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

AVANT-PROPOS

Avant d'entrer dans les développements que comporte notre sujet, nous adressons à M. le professeur Laroyenne tous nos remerciements pour l'honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse.

Que M. le professeur Bondet nous permette de lui présenter l'hommage de notre profonde reconnaissance pour les bienveillants conseils qu'il nous a prodigués avec tant de bonté pendant notre séjour à Lyon.

Nous sommes heureux de pouvoir, aujourd'hui, exprimer le témoignage de notre vive affection et de notre éternelle gratitude à notre frère aîné, notre premier maître et notre bienfaiteur.

Nous devons également toute notre reconnaissance à M. le professeur agrégé Condamin, qui a bien voulu nous donner le sujet de ce travail et dont les conseils éclairés nous ont été si utiles dans le cours de cette thèse.

Merci à tous nos professeurs et agrégés de la Faculté et à nos anciens maîtres et professeurs de l'Ecole de Besançon. Nous les prions de croire à tout notre dévouement.

Merci à MM. Lagoutte et Durbesson, internes des hôpitaux de Lyon, pour leurs excellentes leçons de médecine opératoire et d'anatomie-pathologique. Ce dernier a particulièrement droit à toute notre gratitude pour la complaisance avec laquelle il s'est mis à notre disposition pour nous diriger dans les recherches que nécessitait ce mémoire.

Que tous nos parents et tous nos amis reçoivent ici l'assurance de notre vive sympathie.

INTRODUCTION

L'objet de ce modeste travail est d'exposer le procédé de restauration du périnée employé à la clinique obstétricale de Lyon et dont les détails ont été réglés par M. le professeur Fochier.

Il nous a paru intéressant de grouper, à ce propos, autour de notre sujet principal, quelques aperçus sur l'anatomie du périnée et sur quelques-unes des méthodes employées par les accoucheurs pour le réparer. Ce n'est pas à dire que nous nous proposons de faire une revue générale, complète de ces diverses questions. Une pareille étude nous eût effrayé, alors même que le temps dont nous disposons nous eût permis de l'entreprendre. Il reste beaucoup à apprendre sur l'anatomie et sur la physiologie obstétricale du périnée, sur la résistance à la distension et à la rupture des diverses espèces de tissus qui le constituent.

Tout cela ne pourra être résolu que par des recherches patientes, précises, poursuivies par des anatomistes et des

physiologistes doublés d'accoucheurs, c'est-à-dire par l'œuvre combinée du Laboratoire et de la Clinique. Mais même en la réduisant aux termes limités que nous énonçons au début, nous ne nous dissimulerons pas que la question reste encore bien vaste. Nous avouons sans peine qu'à beaucoup d'égards notre travail est plutôt un programme qu'un exposé de questions résolues. Une étude anatomique plus précise nous eût révélé le pourquoi des déformations multiples et si intéressantes présentées par la plaie provenant de la déchirure. Nous eussions désiré aussi apporter à l'appui du procédé que nous proposons, des faits étudiés de plus près et poursuivis jusque dans leurs détails, le ruban métrique et le compas à la main. Par malheur les observations très nombreuses que nous avons compulsées à la Clinique portent seulement d'ordinaire des indications des plus laconiques sur le sujet qui nous occupe. Les quelques femmes dont nous étions astreint, pendant ces derniers temps, à mesurer soigneusement le périnée avant l'accouchement, n'ont présenté aucune déchirure ou seulement des éraillures insignifiantes.

Nous avons divisé notre thèse en trois chapitres :

CHAPITRE PREMIER. — *Cōsidérations anatomiques sur le périnée et sur ses déchirures.*

CHAPITRE II. — *Indications de la périnéorrhaphie.*

CHAPITRE III. — *Manuel opératoire.*

DE LA

PÉRINÉORRHAPHIE IMMÉDIATE

PAR LA MÉTHODE DES SUTURES INTERSTITIELLES

— Procédé de M. le Professeur Fochier —

CHAPITRE PREMIER

Considérations anatomiques sur le périnée et sur ses déchirures.

Envisagé au point de vue spécial des déchirures, le périnée peut pratiquement être limité à cette région dénommée par les anatomistes périnée proprement dit et que les accoucheurs appellent périnée antérieur. C'est un massif charnu de forme prismatique étendu transversalement entre les deux ischions. De ses trois faces, l'une postérieure répond au rectum, l'autre antérieure au vagin, la dernière inférieure, à la zone des téguments qui s'étend de l'anus à la fourchette.

Cette forme en prisme apparaît surtout nettement sur une coupe verticale médiane antéro-postérieure. Le massif périnéal y affecte l'aspect d'un triangle dont le sommet supérieur correspond au point où les parois rectale et vaginale s'adossent sans interposition de tissus étrangers.

Le bord postérieur de ce triangle répond à la paroi antérieure du rectum, son bord antérieur au tiers inférieur de la paroi postérieure vagino-vulvaire, sa base au raphé cutané médian.

Bonnaire ¹ donne à ce triangle les dimensions suivantes : « Sa longueur de haut en bas mesure environ 4 centimètres, sa base est longue de 2 cm. 1/2 au niveau de la peau ; à 1 centimètre environ au-dessus de celle-ci on trouve la dimension antéro-postérieure maxima ; celle-ci est de 3 centimètres à 3 cm. 1/2 et répond à une ligne étendue de la fosse naviculaire de la vulve à la face profonde du muscle sphincter externe. »

Les quelques mensurations que nous avons pratiquées sur les expectantes (primipares) de la Clinique nous ont conduit à attribuer à la base une étendue un peu supérieure à 3 centimètres. Mais ce n'est là qu'une moyenne, et on peut trouver des variations individuelles atteignant jusqu'à 1 centimètre.

Les tissus compris dans l'aire de ce triangle sont en dernière analyse réductibles à deux plans musculaires engainés par de minces aponévroses. Si nous devons faire du phénomène du dégagement une étude un peu serrée, il conviendrait de préciser avec soin les attaches, la direction, la force, les connexions réciproques de ces muscles. Mais pour le cas particulier qui nous occupe, il suffira de rappeler en gros les faits suivants.

Le plan superficiel, celui qui est situé sous la peau, est constitué par quatre muscles qui sont d'avant en arrière :

¹ Bonnaire, Le périnée obstétrical (*Gaz. des Hôp.*, 1891).

a) Le *constricteur du vagin*, entourant comme d'un collier la partie inférieure de ce conduit. — Après rupture sur la ligne médiane, au niveau de la fourchette, les deux extrémités divisées de ce muscle tendent à attirer les lèvres de la plaie en dehors et en haut.

b) Les *ischio-caverneux* étendus de l'ischion et de la branche ischio-pubienne à l'enveloppe fibreuse des corps caverneux.

c) Les *transverses* jetés d'un ischion à l'autre. Dans les déchirures qui intéressent ces muscles, les deux bouts tirent naturellement les bords de la plaie en dehors.

d) Le *sphincter externe* de l'anus entourant d'un cercle contractile l'extrémité inférieure du gros intestin. Inutile d'insister sur les conséquences de sa rupture. Nous rappellerons seulement que ce muscle est très épais à sa partie antérieure et qu'un grand nombre de ses fibres peuvent être divisées sans qu'il y ait solution de continuité totale, c'est-à-dire rupture véritablement complète.

Les divers muscles énumérés ci-dessus, en particulier le *constrictor cunni*, les *transverses* et le *sphincter anal* échangent entre eux des fibres nombreuses qui les rendent jusqu'à un certain point solidaires l'un de l'autre.

Autrement importante est la couche profonde. Elle est constituée en totalité par le muscle *releveur de l'anus*. Les belles études de P. Dubois, de Schatz et surtout de Farabeuf et Varnier, ont démontré et précisé le rôle prédominant joué par ce muscle dans le phénomène du dégagement.

Par leur réunion deux à deux et avec les ischio-coccygiens en arrière, les deux releveurs forment un dia-

phragme concave en haut et supportant les viscères. Ce diaphragme est percé de deux ouvertures : une large en avant pour le passage du vagin, une plus étroite en arrière qui reçoit le rectum. Sa périphérie s'attache au contour du bassin de la façon suivante.

Une ligne semi-lunaire étendue obliquement en arrière et en bas de la ligne médiane à 3 cm. $1/2$ au-dessous du bord supérieur du pubis en avant, jusqu'au coccyx en arrière et dont le milieu se trouve à 5 centimètres au-dessous de la ligne innommée, telle est l'insertion périphérique. Elle répond successivement à la bandelette pubio-sciatique, à l'épine sciatique et au petit ligament sacro-sciatique. Nées de ces divers points les fibres musculaires convergent en dedans et viennent se terminer comme il suit. Les antérieures embrassent, à la façon d'un collier, les parois latérales et la face postérieure du vagin, s'insérant sur les premiers, s'entre-croisant derrière la seconde.

Les fibres moyennes vont les unes s'entre-mêler avec celles du sphincter, les autres s'attacher au raphé ano-coccygien.

Les fibres postérieures enfin s'insèrent à la face antérieure du coccyx.

Schatz, qui a étudié de près ce muscle au point de vue de ses déchirures, fait remarquer qu'on peut le diviser en trois systèmes semilunaires emboîtés l'un dans l'autre d'arrière en avant. Des trois segments ainsi obtenus, les deux postérieurs qu'il appelle ischio-coccygien et pelvi-ano-coccygien, épais, courts, peu extensibles, sont rarement déchirés et ne le sont guère que par compression directe prolongée et non par distension.

Le segment antérieur ou pubio-périnéal est plus intéressant pour nous. Charnu, constitué par de longues fibres musculaires, sans interposition de tissu fibreux, il est à la fois le plus distendu et le moins résistant. Aussi est-ce sur lui que portent généralement les déchirures de quelque étendue. C'est lui qui, sinon par ses contractions¹ au moins par sa tonicité, est la cause principale des mouvements de va-et-vient que décrit la tête fœtale au début du dégagement. C'est à son développement exagéré et à son spasme qu'est dû le *vaginisme supérieur* dont Budin a montré les conséquences pénibles au moment de l'accouchement.

Nous sortirions de notre sujet si nous voulions entrer ici dans l'étude du mécanisme de la déchirure. Nous nous contenterons d'accepter cette dernière comme un fait accompli dont nous devons seulement rechercher avec soin les effets immédiats et les caractères pour être à même de formuler le manuel opératoire et les indications de son traitement.

Ardouin dans sa thèse³ donne des déchirures du périnée proprement dit la classification suivante, d'ailleurs classique.

I. *Déchirures incomplètes.*

- 1° Ne dépassant pas la fosse naviculaire ;
- 2° Intéressant le soutien musculaire.

II. *Déchirures complètes*, c'est-à-dire sectionnant le sphincter externe dans sa totalité.

¹ Müller, *Traité d'accouchement*. — Bonnaire, *Gaz. Hôp.*, 1891.

² Budin, *Obstétr. et Gynécol.*, 1886, p. 364.

³ Ardouin, thèse, Paris, 1889.

1° Intéressant seulement l'orifice anal.

2° Intéressant aussi la cloison.

III. *Déchirures centrales.*

IV. *Déchirures postérieures.*

Les déchirures incomplètes sans lésion musculaire ne présentent aucun intérêt opératoire. On sait que chez toute primipare le cercle fibreux qui correspond à l'insertion de l'hymen éclate au moment du passage de la tête¹. Il est exceptionnel que cette rupture ne s'accompagne pas de quelques éraillures plus profondes au niveau de la fourchette. « On entend fréquemment affirmer, dit Matthews Duncan, qu'il y avait chez une primipare absence complète de déchirure, mais je n'ai jamais été convaincu que dans les cas cités on avait fait un examen minutieux, examen qui exige de la lumière, un assistant et une éponge. »

Quoi qu'il en soit, de pareilles déchirures ne méritent guère d'arrêter notre attention. N'intéressant pas les muscles, elles n'ont, suivant la remarque de Skene², aucune tendance à l'écartement de leurs bords. Elles sont donc parfaitement susceptibles de se réparer spontanément au même titre qu'une plaie ordinaire quelconque. Les déchirures incomplètes profondes sont de beaucoup les plus fréquentes, et, à ce titre, c'est sur elles que porte particulièrement notre description. D'ailleurs, c'est pour elles surtout qu'a été employé le procédé opératoire que nous décrirons dans le chapitre III.

Les déchirures complètes constituent une infirmité

¹ Budin, *Progrès médical*, 1876.

² Skene, *New-York medical Journal*, mars et avril 1885.

repoussante. La destruction du sphincter externe leur communique une physionomie tout à fait spéciale et une gravité à part. Sans doute, le procédé de M. Fochier leur serait applicable avec quelques modifications faciles à imaginer. Mais comme il n'a jamais été employé dans des cas semblables, nous marcherions, en le faisant rentrer dans notre sujet, sur le terrain mouvant de l'hypothèse.

L'étude des déchirures centrales offrirait sans doute un intérêt de premier ordre au point de vue pathogénique. Mais d'une part ces lésions sont assez rares, d'autre part on déduira facilement des considérations relatives aux déchirures incomplètes profondes, le meilleur mode de traitement qui leur est applicable : *la suture profonde interstitielle*.

Quant aux déchirures postérieures intéressant seulement le sphincter et la cloison, ce sont, à vrai dire, des curiosités pathologiques puisque Reeve¹ dans son mémoire n'a pu en réunir que trois cas.

Pour ces divers motifs nous nous contenterons d'envisager avec quelques détails les déchirures incomplètes intéressant sérieusement les plans musculaires.

La plaie qui résulte de la déchirure incomplète a la forme d'un triangle à peu près isocèle dont le sommet se perd plus ou moins haut sur la paroi postérieure du vagin, dont la base est représentée par les bords cutanés de la solution de continuité, tandis que les côtés sont constitués par la muqueuse vaginale déchirée. Ce triangle est en outre divisé à partir de son sommet par une bissectrice en deux triangles secondaires, l'un droit, l'autre gauche,

¹ Reeve, *Transact. of the american Gynecol. Society*, 1878, p. 45.

inclinés l'un sur l'autre suivant un angle dièdre à sinus ouvert dans le vagin. Telle est la forme qu'on pourrait appeler théorique des déchirures périnéales, celle qu'on obtient sur le cadavre par section du périnée au moyen d'un instrument tranchant. Mais sur le vivant où les tissus ont gardé leur tonicité, cet aspect régulier va immédiatement être déformé dans des sens multiples.

Contrairement à ce qu'on pourrait penser pour des parties qui viennent d'être si fortement distendues, les dimensions réelles de la déchirure sont, et quelquefois de beaucoup, bien plus considérables que ses dimensions apparentes. Ce fait est dû en premier lieu au recroquevillement en dedans de la muqueuse vaginale par la contraction des fibres musculaires qui la doublent. Au même but concourt la rétraction des muscles divisés, en particulier du releveur de l'anus, du transverse, et du constricteur du vagin; cette rétraction avale pour ainsi dire la surface de déchirure. Il en résulte que cette dernière n'a souvent pas de dimensions apparentes en rapport avec la profondeur de la lésion réelle.

C'est un fait dont il faut bien se pénétrer sous peine de méconnaître dans beaucoup de cas l'indication d'une restauration.

L'examen de la portion restante du périnée, le toucher bi-digital par le procédé de Skene viendront au secours de l'accoucheur.

Que devient la plaie dans le cas où elle est abandonnée à elle-même? Beaucoup d'auteurs croient à la réparation spontanée. Huguier en particulier rapporte en avoir observé quinze ou vingt cas. Il faut bien s'entendre sur le sens à donner à ce mot réparation.

Si l'on veut dire simplement que la surface cruentée disparaît pour faire place à un revêtement muqueux ou cutané, oui, certes la réparation se fait, elle est même la règle à bref délai avec les précautions aseptiques actuelles.

Mais cette guérison mérite-t-elle vraiment ce nom ? Freund¹ a bien établi de quelle façon s'effectue, en pareil cas la cicatrisation. Chaque lèvre de la plaie se répare isolément, de sorte que la colonne vaginale postérieure s'unit non à la fourchette mais au fond de la plaie. A la place du massif périnéal épais, solide et rembourré de muscles, nous n'avons plus qu'une cloison transversale passive, inerte. Les téguments qui sont venus recouvrir la plaie ne sont qu'un cache-misère; il y a eu cicatrisation, il n'y a pas eu restauration. Suivant une comparaison bien connue, le périnée déchiré offrirait l'aspect d'un livre ouvert et placé longitudinalement. Au contraire par la cicatrisation spontanée, la plaie se ferme à la façon d'un livre placé en travers. Au lieu de présenter de la fourchette à l'anus toute la longueur de sa tranche, le livre n'en n'offre plus que l'épaisseur.

Il peut y avoir plus encore. Le périnée peut être presque complètement détruit alors que les téguments, muqueuse vaginale et peau, n'ont subi à peu près aucune atteinte. Assez fréquemment, on peut voir, en suivant attentivement un dégagement laborieux, une tache ecchymotique se produire sur la surface périnéale développée par la distension. C'est l'indice de la rupture sous-cutanée des muscles. Un moment après, les téguments cèdent à leur

¹ Freund, *Gyn. Klinik.*, 1885, Bd. I. S. 135. *Die Verletzungen der Scheide u. des Dammes.*

tour et la déchirure se complète dans les formes ordinaires. Mais dans les cas auxquels nous faisons allusion ci-dessus, la solution de continuité des téguments ne se produit pas ou reste insignifiante. On a alors affaire à ces ruptures interstitielles que Skene en particulier a bien étudiées. Extérieurement, un observateur peu attentif pourra croire à l'intégrité du périnée, car les signes extérieurs de cette lésion (diminution des dimensions antéro-postérieures du périnée, suppression plus ou moins complète de l'infundibulum anal, etc.) sont d'une appréciation délicate dans les conditions où l'on se trouve placé; mais si l'on a soin de saisir le périnée entre un doigt introduit dans le rectum et un autre doigt placé dans le vagin, on s'aperçoit que, à part le sphincter, le rembourrage musculaire a disparu.

CHAPITRE II

Indications de la périnéorrhaphie immédiate.

L'étude des indications de la périnéorrhaphie soulève deux questions principales.

1° Faut-il faire la périnéorrhaphie et dans quels cas ?

2° A quel moment convient-il de l'exécuter.

PREMIÈRE QUESTION. — Nous lisons, dans un traité récent d'accouchements les lignes suivantes¹ : « Dans le premier degré, c'est-à-dire lorsque le périnée seul est déchiré, ou que la lésion n'entame que la partie tout à fait antérieure du périnée, tous les auteurs sont d'accord, il suffit de tenir les jambes de la malade rapprochées et des soins ordinaires de propreté pour obtenir la réunion.

« Mais il n'en est pas de même dans le deuxième degré,

¹ Charpentier, *Traité d'accouchement*, tome II, p. 227-228.

c'est-à-dire lorsque la déchirure, sans entamer le sphincter, est pourtant assez étendue pour arriver jusqu'à lui, et comprendre ainsi presque tout le périnée, la plupart des auteurs, à l'étranger et en France, sont d'avis de tenter la réunion immédiate soit à l'aide de serres-fines, soit à l'aide de points de sutures métalliques ou avec des fils de catgut. Nous croyons ce procédé inutile. Tant que le sphincter n'est pas entamé, la réunion par première intention, sinon de la plus grande partie de la plaie, du moins de la partie postérieure, est la règle. Souvent même, la plaie se réunit d'elle-même dans sa totalité, et nous avons renoncé et aux serres-fines qui sont extrêmement douloureuses pour les femmes, et aux sutures métalliques ou autres.

« Nous n'avons pas vu la réunion se faire mieux par ces procédés que par le simple rapprochement des jambes ; les sutures se relâchent, les serre-fines se détachent et tombent nous avons vu quelquefois des points gangrenés se manifester au point d'application des sutures et surtout des serres-fines. »

Nous opposerons à cette manière de voir deux sortes d'arguments.

En premier lieu, nous répondrons aux partisans de l'expectation que, malgré quelques exemples de réparation spontanée exceptionnels et qui demanderaient d'ailleurs à être examinés de plus près, la cicatrisation obtenue sans suture par le simple rapprochement des cuisses peut bien supprimer une plaie, mais non refaire un périnée utile.

En second lieu, nous dresserons devant les yeux de nos contradicteurs le tableau rapide des innombrables

complications entraînées par les ruptures périnéales.

Pour ne parler d'abord que des ruptures incomplètes, on peut avoir deux sortes d'accidents, les uns primitifs, les autres secondaires ou plutôt éloignés.

ACCIDENTS PRIMITIFS

1° *Hémorragies.* — Il est assez rare de voir survenir dans les déchirures incomplètes des hémorragies véritablement inquiétantes. Habituellement, la plaie donne seulement lieu à un écoulement sanguin en nappe qui s'arrête très bien par le repos et la simple application d'un tampon combinés au rapprochement des cuisses. Quelquefois cependant, la vulve est, dans les derniers temps de la grossesse, envahie par un lacis variqueux dont les déchirures peuvent fournir une hémorragie veineuse abondante. Cet accident est relativement plus fréquent dans les déchirures complètes par suite de l'ouverture d'ampoules hémorroïdales. Inutile d'ajouter que le traitement le plus efficace est, en pareil cas, la suture.

2° *Infection.* — Alors même que la déchirure n'intéresserait pas les parties profondes, la surface cruentée n'en constitue pas moins une porte d'entrée toute préparée pour les germes infectieux. Sans doute, avec les habitudes d'asepsie qui sont aujourd'hui entrées dans les mœurs obstétricales; ces accidents seront de plus en plus rares. Mais on conviendra que dans une région aussi exposée que le périnée à des voisinages infectants, il est bien difficile d'être absolument et certainement maître de son

asepsie, et qu'en pareil cas l'adage vulgaire trouve naturellement son application : deux précautions valent mieux qu'une.

On a vu souvent dans ces conditions deux classes d'infections, les unes localisées : phlegmons plus ou moins étendus, apparition d'exsudats diphtéroïdes dans lesquels F. Widal a retrouvé le streptocoque de la fièvre puerpérale, etc., les autres généralisés : accidents puerpéraux proprement dits avec leurs diverses modalités bien connues.

3° *Douleur*. — Même dans les cas où l'infection ne se produit pas, la plaie ne s'en trouve pas moins irritée douloureusement par le contact de liquides divers : lochies, urines. Les fonctions physiologiques, en obligeant à écarter les cuisses, tendent à désunir les lèvres de la plaie supposées affrontées. Enfin, les précautions de propreté nécessaire, même réduites à de simples ablutions, exposent la plaie à des attouchements douloureux.

ACCIDENTS TARDIFS

Les traces laissées par les petites déchirures se réduisent, le plus souvent, à des cicatrices plus ou moins disgracieuses dont le seul inconvénient sérieux peut être de s'accompagner parfois d'hyperesthésie vulvo-vaginale et beaucoup plus rarement d'atrésie vulvaire.

Mais dans le cas de déchirures plus étendues, le mode de cicatrisation que nous avons rappelé dans notre chapitre I^{er} va donner lieu à une série lamentable d'accidents que nous nous contenterons d'énumérer.

1° *Chute du vagin.* — Par suite d'une part de la traction par la cicatrice, d'autre part de l'absence de soutien fourni normalement par le massif périnéal, les parois postérieure et antérieure du conduit vaginal tendent à faire issue au dehors, entraînant avec elles le rectum et la vessie, peut-être aussi entraînées par eux.

2° *Prolapsus utérin.* — Consécutivement à cet abaissement en masse du vagin, l'utérus finit par descendre à son tour. C'est là du moins l'opinion, naguère la plus généralement admise, et point n'est besoin de rappeler qu'à l'heure actuelle encore quelques gynécologistes considèrent le retrécissement opératoire du vagin comme une méthode de traitement rationnelle et utile dans le prolapsus utérin.

Il est certain que cette opinion renferme une grande part de vérité, mais il est bon de rappeler qu'à côté de cet élément vaginal il faut, dans la pathogénie du prolapsus utérin, en admettre un autre au moins aussi important : la résistance des ligaments qui relient la matrice aux parois de l'excavation.

Le casier judiciaire des déchirures périnéales est assez chargé pour qu'on doive, lorsque la chose est possible, leur accorder au moins les circonstances atténuantes.

3° *Béance du vagin.* — Par suite de la destruction de la fourchette et des tissus sous-jacents, l'orifice vulvaire est agrandi et reste béant. Cet état de choses s'étend plus ou moins haut du côté de la profondeur suivant l'étendue de la déchirure vaginale. Il en résulte que la muqueuse vaginale, sans cesse irritée, ne tarde pas à s'enflammer

chroniquement et peut occasionner une leucorrhée tenace. L'irritation ne reste, d'ailleurs, pas localisée au vagin ; elle gagne quelquefois l'utérus et cela d'autant plus facilement que ce dernier organe est ordinairement prolabé. On conçoit d'ailleurs que ce ne soit pas là la seule cause de métrite. L'utérus prolabé ou en rétro-position, se trouve sans doute dans des conditions circulatoires défectueuses. Enfin, le coït équivaut alors à un traumatisme véritable, car il amène des tiraillements brutaux du côté des organes déformés ou déviés.

La déchirure du périnée devient ainsi une cause réelle de stérilité par les métrites et les salpingites consécutives qu'elle est capable d'entraîner.

Lorsqu'on a affaire à une déchirure complète, le tableau est plus navrant encore¹.

« Les bords de la plaie se sont cicatrisés isolément, le périnée a complètement disparu, la vulve et l'anus ne forment plus qu'une seule voie, une fente unique, un sinus profond à bords ou droits ou irrégulièrement ondulés, revêtus par un tissu muqueux ; et pour peu que la division s'étende à la cloison vulvo-vaginale, la partie inférieure du rectum et celle du vagin forment un véritable cloaque.

La condition d'une femme dans cet état est véritablement déplorable. Le sphincter de l'anus étant déchiré, rien ne s'oppose à l'issue des gaz intestinaux parvenus dans le rectum et à la sortie ou continuelle ou du moins trop souvent répétée et presque involontaire des matières fécales. Sans doute, celles-ci peuvent séjourner quelque

¹ Roux, *Gaz. méd. de Paris*, 1834, p. 17.

temps dans le rectum; quand elles ont une certaine consistance, mais si elles sont molles, le besoin de les rendre se produit vif et pressant à chaque instant; et si elles sont encore à un état plus liquide, elles s'échappent involontairement et souillent les parties voisines. »

DEUXIÈME QUESTION. — En présence de pareils inconvénients et munis des méthodes actuelles d'antisepsie, il nous paraîtrait insensé, pour ne pas dire criminel de ne pas tenter systématiquement la restauration de tout périnée déchiré.

La périnéorrhaphie tardive est une véritable opération, possible seulement sous anesthésie, exigeant un avivement quelquefois laborieux, agissant sur des tissus étouffés par l'atrophie.

La périnéorrhaphie immédiate au contraire, nous le démontrerons plus loin, est dans l'immense majorité des cas une opération simple, rapide, indolore. Pratiquée sur des tissus en pleine vitalité, au moment même où ils viennent d'être désunis, elle a les plus grandes chances d'aboutir à un résultat favorable. Si l'on veut bien se rappeler ce que nous avons dit plus haut sur l'impossibilité à peu près absolue de la restauration spontanée, on admettra sans peine avec nous que la périnéorrhaphie immédiate doit être la règle.

Toutefois, beaucoup d'accoucheurs, et non des moindres, convaincus de la nécessité d'une réparation, ont été conduits à admettre un moyen terme. Ils ont préconisé non l'expectation aboutissant à la restauration tardive, non la suture immédiate, mais une sorte d'accommodement entre les deux : la périnéorrhaphie immédiate secondaire.

Cette question des indications de la périnéorrhaphie a déjà été à plusieurs reprises traitée à fond, soit dans des mémoires spéciaux, soit dans des discussions publiques.

Sans soulever à nouveau un débat tout résolu, nous nous contenterons de résumer en quelques mots les conclusions auxquelles se sont arrêtés les auteurs qui ont étudié la question de près.

Les arguments qu'on a produits contre la suture immédiate peuvent en dernière analyse se ramener à trois chefs :

- 1° La gravité de l'acte opératoire.
- 2° L'incertitude de la réunion.
- 3° L'état puerpéral.

Il suffit d'avoir vu une seule fois pratiquer l'opération que nous décrirons plus loin pour rester convaincu que rien n'est plus simple, tant que la déchirure est incomplète. Il suffit de quelques minutes et d'une bonne aiguille pour réparer des lésions considérables. Et non seulement l'opération est facile, mais elle n'éveille presque aucune douleur.

Pratiquée dans cette période de calme, d'affaissement, qui succède à l'orage des douleurs expulsives, on peut dire qu'elle n'ajoute rien à la gravité de la situation, et il n'est pas rare qu'elle passe à peu près inaperçue de la parturiente.

Dans les déchirures complètes, les conditions ne sont pas exactement les mêmes. La suture est un peu plus longue et doit être méticuleusement exécutée pour avoir des chances de réussite. On conçoit donc qu'en présence d'une femme très épuisée par les douleurs antérieures et quelquefois par des pertes de sang abondantes, on puisse

hésiter à intervenir, d'autant plus que l'accoucheur se trouve alors souvent lui-même exténué par des manœuvres longues et laborieuses. Nous croyons qu'en présence de pareils cas, il est bon de se représenter le tableau que nous avons retracé plus haut des infirmités épouvantables qu'entraîne après elle une déchirure complète. Si l'on se pénètre bien de ces idées, il est certain que les cas où l'on se résoudra à l'expectation demeureront l'infime exception.

L'incertitude dans laquelle on se trouve sur la réussite de la suture peut tenir à deux causes : une plaie contuse et irrégulière ou l'infection. Sans doute, dans les cas heureusement rares où on a laissé la tête comprimer pendant des heures, quelquefois des jours, le plancher périnéal, on peut avoir des mortifications étendues, et une suture pratiquée dans ces conditions n'aurait, évidemment, pas grande chance de réussite. Mais le plus souvent, les choses ne sont pas poussées aussi à l'extrême, et rien n'est plus facile que d'abraser de quelques coups de ciseaux la surface cruentée, en retranchant les lambeaux flottants ou à vitalité par trop suspecte qu'elle pourrait présenter. Nous ferons remarquer qu'il vaut mieux être sobre de pareils moyens qui font perdre au périnée une partie de son étoffe.

L'infection était autrefois la grande cause de désunion des sutures. Grâce à l'antisepsie, le problème est aujourd'hui en quelque sorte renversé, puisque nous avons été amené, avec beaucoup d'auteurs, à préconiser, dans les déchirures légères, la suture comme moyen prophylactique de l'infection. Nous ne devons plus avoir aujourd'hui de lochies purulentes, et ainsi s'évanouit le gros

argument des partisans de la périnéorrhaphie immédiate secondaire.

Toutefois, on voit encore de temps en temps des cas malheureux où la femme est déjà infectée. En pareille occurrence, l'expérience a démontré qu'une infection légère n'était pas un obstacle sérieux, ni une contre-indication. Ce serait donc seulement dans les cas graves qu'il faudrait s'abstenir, d'abord parce que la suture serait le plus souvent inutile, ensuite parce qu'elle pourrait être dangereuse. Nous arrivons maintenant au troisième chef d'accusation : l'état puerpéral.

Lorsqu'on cherche à analyser ce que les accoucheurs entendaient naguère encore sous ce nom, on trouve deux éléments principaux :

- a) Des accidents d'infection locale ou générale.
- b) Un défaut de plasticité des tissus.

Des premiers, nous ne dirons rien de plus. Sans doute, l'accouchée, comme tout individu traumatisé, est un terrain de culture des plus favorables. Mais avec une bonne antiseptie, elle doit parcourir entre 37 et 38 degrés toutes les suites de couches.

Quant au défaut de plasticité des tissus, c'était un des arguments favoris de Pajot. Pendant la grossesse, disait-il, tout s'est hypertrophié dans la sphère génitale de la femme. Après l'accouchement, à cette hypertrophie succède une période de régression qui doit priver les tissus d'une partie de leur plasticité.

Contrairement à cette conception, d'ailleurs fort ingénieuse, l'expérience a démontré qu'une suture bien faite, et surtout faite aseptiquement, réussit à peu près toujours.

CHAPITRE III

Manuel opératoire.

Nous ne ferons que rapporter pour mémoire les petites déchirures limitées aux téguments. Nous avons dit plus haut les raisons qui nous faisaient, même dans ce cas, préférer à l'expectation pure et simple ou aux serres-fines quelques points de suture superficiels.]

Nous serons bref également sur les déchirures complètes pour la raison bien simple que nous n'avons jamais eu l'occasion de voir appliquer à un cas de ce genre le procédé que nous allons décrire. M. le professeur Fochier n'a jamais rencontré de déchirure complète depuis qu'il l'emploie. Le cas échéant, il ferait précéder la suture telle que nous allons la décrire de la restauration de l'an us par un fil profond cheminant dans la paroi recto-vaginale, embrochant les extrémités rétractées du cercle sphinctérien.

Au besoin il achèverait l'adaptation par quelques points de suture muqueuse.

Le type de déchirure que nous allons adopter pour notre description, comme étant à la fois le plus fréquent et le plus intéressant, c'est la déchirure incomplète de quelque étendue.

Nous avons schématiquement représenté (fig. 1) le double triangle qui figure la surface cruentée, supposée dégagée de ses déformations par rétraction.

Un premier fil f^1 est piqué en A, à 1 millimètre environ en dedans de la peau, puis chemine dans l'épaisseur des tissus jusqu'au voisinage de l'angle supérieur, là se réfléchit en restant toujours interstitiel, sur la face opposée où il suit en sens inverse un trajet similaire au précédent, et finalement vient sortir en A' en un point symétrique. Ce fil noué, la plaie se trouve réduite aux dimensions de la figure 2; le périnée est reconstitué en haut et en bas environ d'un tiers.

Un deuxième fil f^2 est alors placé de la même façon que le premier. Ce fil une fois noué, la plaie prend l'aspect représenté par la figure 3; et on comprendra sans peine qu'un troisième fil f^3 conduit de la même façon que les deux précédents va parachever l'occlusion de la plaie. A la place de la surface cruentée que nous avons au début il subsiste seulement deux lignes, l'une vaginale, l'autre cutanée se rejoignant à angle au niveau de la fourchette reconstituée. Car non seulement la lésion a disparu en tant que plaie, mais encore la pyramide périnéale est rétablie avec ses dimensions et ses rapports respectifs.

Les fils profonds, en effet, ne se contentent pas de rapprocher les téguments pour recouvrir les surfaces saignantes; ils vont encore déterrer les extrémités musculaires rétractées.

Tel est exposé à grands traits le procédé de M. Fochier. Nous pouvons maintenant en reprendre point par point et temps par temps les diverses phases.

Position à donner à l'opérée. — La position la plus favorable est la position dite « obstétricale » qui permet de se rendre un compte aussi exact que possible de l'étendue et de la forme des lésions et qui donne à l'opérateur et à ses aides toute facilité de manœuvrer à leur aise.

Toutefois dans les cas où la rupture s'est produite au cours d'un accouchement d'ailleurs normal, on peut très bien faire la suture dans la même position que l'accouchement lui-même c'est-à-dire dans le lit, le siège simplement soulevé par un bassin ou un oreiller un peu résistant.

Précautions préliminaires. — Nous n'insisterons pas sur les soins antiseptiques dont la recommandation est devenue une banalité et qui sont naturellement aussi indispensables ici qu'ailleurs.

Une question plus importante à résoudre est celle-ci : Faut-il opérer immédiatement après la sortie du fœtus ou attendre la délivrance¹?

Il faut attendre la délivrance, car dans la première conduite on s'exposerait à voir les points de suture se rompre soit par l'expulsion d'un placenta volumineux, soit par la main introduite dans le vagin ou l'utérus pour aller à la recherche du délivre, et l'extraire artificiellement.

¹ Barbier, *De la périnéotraphie prat. imméd. après la déliv. dans tous les cas de deh. vagino-périn.*, th., Paris, 1892.

Le seul avantage que l'on peut retirer en opérant avant la délivrance c'est de ne pas constituer une opération séparée de l'accouchement aux yeux de la parturiente.

Si l'écoulement sanguin provenant de l'utérus gênait par trop l'opérateur, on pourrait ainsi qu'on l'a conseillé, mettre un tampon dans le vagin. Mais le plus souvent il suffira qu'un aide arrose de temps à autre le champ opératoire pour être à même de voir parfaitement ce qu'on fait.

Instruments. — D'ordinaire, l'instrumentation peut se résumer en ceci : Du fil et une aiguille. Tous les fils sont bons ; aucun n'est parfait. Doléris se déclare très satisfait du catgut. Cette substance a contre elle l'irrégularité de sa fabrication et peut-être n'offre-t-elle pas au point de vue de la solidité toutes les garanties désirables.

Le fil métallique, d'une asepsie parfaite et très solide, a ce désavantage que son ablation est ensuite quelque peu douloureuse. En outre la présence à la vulve de ses extrémités piquantes est pendant toute la durée de son séjour un véritable petit tourment pour quelques femmes.

La soie, solide, souple, facile à enlever sans douleur, a l'inconvénient de constituer une sorte de drain capillaire susceptible d'infecter la profondeur dans le cas où il y aurait un commencement d'infection.

Le crin de Florence n'aurait peut-être aucun des inconvénients signalés ci-dessus.

Pour ce qui est de l'aiguille, toute aiguille longue et courbe conviendra ; mais si l'on dispose de l'instrument d'Emmet, l'opération deviendra particulièrement facile.

PREMIER TEMPS. — PASSAGE DES FILS INTERSTITIELS. —
Nous avons décrit plus haut la façon de l'effectuer. Nous nous contenterons d'ajouter ici quelques remarques importantes.

Il ne faut pas chercher à piquer trop près de la peau ; l'opération est ainsi bien moins douloureuse. Les fils doivent cheminer profondément dans les tissus. Le premier doit aller contourner l'angle postéro-supérieur de la plaie. A aucun moment de son trajet l'aiguille ne doit émerger des tissus. Il est essentiel que les deux parties du parcours des fils, aller et retour, se fassent d'une façon symétrique. Enfin, il convient de ne pas trop serrer les fils, sous peine de couper les tissus.

DEUXIÈME TEMPS. — RÉUNION SUPERFICIELLE. — A vrai dire, l'opération type de M. Fochier est terminée après le passage des fils interstitiels. Toutefois, dans le but de rendre la coaptation plus parfaite, il peut être quelquefois utile de placer un ou deux points sur la muqueuse ou sur la peau, surtout si la femme est anesthésiée. Mais rappelons que la piqûre de ces surfaces offre l'ennui d'être douloureuse. Aussi sera-t-il préférable de l'éviter toutes les fois que la chose paraîtra possible.

Soins consécutifs. — Le pansement adopté à la clinique obstétricale de Lyon est des plus élémentaires. L'opération terminée, on pulvérise sur la ligne de réunion (après toilette convenable) de la poudre d'iodoforme. Puis on applique sur la vulve un gros tampon de coton antiseptique. Les cuisses étant alors rapprochées, la femme

est replacée dans son lit. Les jours suivants on lui fait quotidiennement des ablutions de la vulve avec une solution faible de sublimé ou d'acide borique.

Si l'on a placé des fils superficiels, on doit les couper du 8^e au 10^e jour. Ordinairement rien n'est plus facile que de les enlever en tirant avec des pinces sur leurs extrémités. Quelquefois cependant il en reste un ou deux qui sont alors expulsés plus tard spontanément.

Nous ne céderons pas au désir d'esquisser une étude historique des divers procédés employés tour à tour par les accoucheurs pour la réparation immédiate des déchirures périnéales. Une pareille enquête conduirait trop loin et, si nous en jugeons par les quelques recherches que nous avons faites à ce sujet, n'offrirait pas d'ailleurs un intérêt bien grand en raison du manque de détails fournis par les auteurs. Aussi dans la comparaison que nous voulons établir entre le procédé de M. Fochier et les autres, nous nous bornerons de parti pris, à des notions générales c'est-à-dire que nous nous attacherons à voir l'idée directrice des méthodes plutôt que les détails de tel ou tel procédé.

Il y a deux manières de suturer une déchirure périnéale. L'une consiste à comprendre dans les fils seulement les téguments avec une portion plus ou moins négligeable des tissus sous-jacents.

C'est la méthode des sutures superficielles.

On suture les téguments périnéaux comme on réunit la peau après l'ablation d'un lipôme ou après une amputation, sans s'inquiéter de ce qui reste au-dessous. On se contente en somme de substituer à une déchirure ouverte une déchirure fermée. La question d'infection mise à part, le

mal est-il moins grand pour être dissimulé sous un écran cutanéomuqueux ?

La deuxième manière répond à la *méthode des sutures profondes* ; seule elle constitue une restauration véritable parce qu'elle s'occupe d'aller chercher la musculature profonde, le corps proprement dit au lieu de se borner au revêtement.

Cette méthode elle-même comporte deux variétés, suivant que les fils profonds embrochent ou non les téguments.

On a ainsi :

- a) La suture profonde ordinaire ;
- b) La suture interstitielle.

Si nous en jugeons par les comptes rendus forcément écourtés des discussions soulevées au sein des sociétés savantes, cet ordre de sutures serait celui auquel auraient recours la majorité des accoucheurs.

Dieffenbach¹ et Roux² au commencement de ce siècle cherchaient déjà à le réaliser, le premier par des sutures entortillées, le deuxième par des sutures enchevillées.

Aujourd'hui on se sert d'ordinaire de fils métalliques et autres conduits par une aiguille à grande courbure et simplement noués en points séparés.

¹ Dieffenbach, Berlin, 1829.

² Roux, *Mém. de l'Institut de France*, 1833, t. V, après avoir décrit son procédé de suture au moyen de trois fils doubles, liés de chaque côté sur une sonde, ajoute : « les tissus se trouvent ainsi en parfaite coaptation et la suture interstitielle remplace avantageusement la suture entortillée qui tirait les tissus dans une direction anormale en les forçant à s'adapter à la rigidité des épingles. »

En outre, dans l'un au moins de ses cas, Roux avait dû placer des fils superficiels pour combattre l'éversement des bords.

Les statistiques nous manquent pour apprécier les résultats fournis par ce *modus faciendi*.

A priori, rien n'empêche de croire qu'ils doivent être assez bons. Nous lui reprocherons cependant d'abord d'être douloureux, parce que l'aiguille doit traverser non seulement les tissus profonds seuls véritablement anesthésiés par la distension, mais aussi la muqueuse vaginale et la peau où la sensibilité est loin d'être abolie.

Peut-être aussi pourrait-on admettre, au moins pour le cas où les fils sont piqués un peu trop loin des bords de la plaie qu'un pareil mode de suture n'est pas étranger à l'apparition consécutive d'atrésies vulvaires fort gênantes.

Suture interstitielle. — Beaucoup d'auteurs recommandent, sans autre explication, de faire quelques points de sutures interstitiels et d'appliquer par-dessus une suture superficielle.

La méthode que nous étudions n'est autre que celle-ci avec une direction particulière donnée aux fils et débarrassée, au moins dans beaucoup de cas, de fils superficiels douloureux. Le passage des fils suivant une direction perpendiculaire au fond de la déchirure et non plus parallèle comme dans le procédé de M. Fochier, nous paraît théoriquement devoir donner une réédification moins parfaite du massif périnéal.

Toutefois, il faut avouer que, dans la pratique, en présence de surfaces très irrégulières, il est parfois bien difficile de retrouver les deux triangles décrits au chap. I, et en pareil cas, on passe les fils un peu au hasard, veillant seulement à ce qu'ils chargent profondément les tissus et à ce qu'ils affrontent autant que possible des parties symétriques.

A la méthode suivie à la Clinique obstétricale de Lyon, se rattache un procédé qu'en raison de son importance nous ne saurions passer sous silence.

C'est celui qui a été imaginé par Bröse, assistant du professeur Schroeder et qu'on désigne souvent du nom de ce dernier. Ce procédé a été appliqué avec quelques variantes, d'ordre secondaire, par de nombreux accoucheurs, par exemple, Doléris¹, en France, et Cavazzani², en Italie. Voici en quoi il consiste : Un fil en surjet est piqué sur la surface cruentée au voisinage de l'extrémité postérieure, anale de la déchirure. Ce fil, dont on laisse flotter à l'extérieur une certaine longueur, est conduit par une série de points spiroïdes jusqu'à l'angle supérieur, vaginal où il pique la muqueuse. Par un trajet inverse, toujours cheminant en spirale, il est ramené au bord postérieur, anal de la plaie.

Arrivé là et avant de piquer la peau, il rebrousse encore chemin et ainsi de suite jusqu'à ce que les deux surfaces cruentées droite et gauche ainsi que leurs bords muqueux, qu'on a piqués à chaque va-et-vient de l'aiguille, soient affrontés. A ce moment il ne reste plus, le fil étant à la fourchette, qu'à le ramener, par un surjet cutané de haut en bas jusqu'au chef initial auquel on le noue. Ce procédé réalisait un grand progrès et démontrait combien son auteur avait approfondi l'anatomie des déchirures péri-néales et les indications qu'elles comportent.

Toutefois nous lui adresserons les critiques suivantes : en premier lieu le passage des fils à travers la muqueuse

¹ Doléris, *Arch. de Tocologie*, 1885, voir également la discussion qui a suivi à la Société de gynécologie la communication de Doléris.

² Cavazzani, *Lo sperimentale*, oct. 1886.

et la peau rend leur application douloureuse. En deuxième lieu, de deux choses l'une. Ou bien les tours de spire sont très espacés, mais alors on adosse des surfaces qui ne sont pas symétriques. Ou bien dans le but de rendre la coaptation parfaite on multiplie les spires du surjet, et alors le procédé devient compliqué et surtout long. Il va sans dire qu'avec ce mode le catgut seul est de mise, car on ne pourrait songer à retirer un fil à trajet si compliqué.

Le procédé de M. Fochier nous paraît avoir ce double avantage de présenter tous les bons côtés des procédés indiqués ci-dessus, sans offrir les mêmes inconvénients. Il suffit de l'avoir une fois vu appliquer pour se convaincre qu'il reconstruit dans son intégrité parfaite l'architecture périnéale. Tous les rapports sont conservés, les muscles symétriquement déterrés par les fils sont rapprochés bout à bout.

Bien que nous ne puissions fournir ici une statistique suffisante des faits étudiés en détails, nous devons affirmer, d'après les renseignements fournis par le personnel de la clinique, d'une part que la réunion par première intention est la règle avec ce procédé, d'autre part que les périnées ainsi réédifiées se comportent parfaitement dans des accouchements ultérieurs.

Le mode opératoire est des plus simples. Les fils en très petit nombre sont souvent, surtout quand on se borne aux fils interstitiels, placés à peu près sans que la parturiente, un peu inhibée par les douleurs conquassantes de la période expulsive, ait conscience qu'on lui fait une opération quelconque.

Beaucoup de praticiens, dans la crainte de faire souffrir de nouveau leurs malades, hésiteront, probablement long-

temps encore, à employer la méthode des sutures interstitielles.

Mais quand ils auront essayé ce procédé, tout surpris de le trouver, à la fois, si simple, si facile, et si peu douloureux, ils seront forcés de le reconnaître supérieur à tous les autres.

CONCLUSIONS

I. La périnéorrhaphie immédiate doit être la règle :

- a)* Dans les déchirures complètes du périnée ;
- b)* Dans les déchirures incomplètes dès qu'elles acquièrent une certaine importance.

II. L'étendue apparente de ces dernières n'est qu'un indice trompeur de leur profondeur réelle.

III. Le procédé de périnéorrhaphie de M. le professeur Fochier est applicable aux deux cas.

En présence d'une déchirure complète, on le ferait précéder de la restauration de la cloison et de la suture du sphincter.

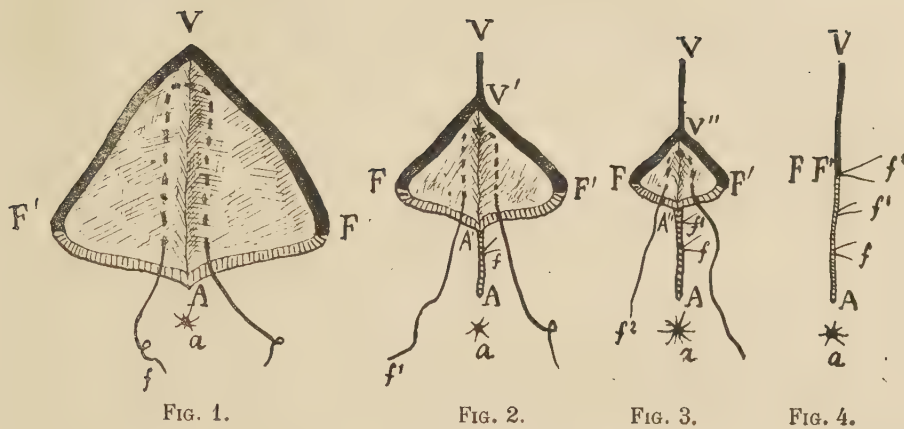
IV. La périnéorrhaphie ainsi pratiquée offre le double avantage :

- a) D'être simple, rapide et à peu près indolore ;
- b) De refaire un périnée musculaire et par là utile.

Vu, bon à imprimer
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LAROYENNE

Vu, bon à imprimer
LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer
LE RECTEUR,
E. CHARLES.



EXPLICATION DE LA PLANCHE

FIG. 1. — Projection schématique d'une déchirure incomplète.

V, angle supérieur, vaginal, de la déchirure.

A, son angle inférieur anal.

FF', angles rétractés de la fourchette.

a, Orifice anal.

— indique la muqueuse vaginale déchirée.

▨ indique la peau déchirée.

..... — le trajet interstitiel.

FIG. 2. — Mêmes lettres que dans la fig. 1.

Le 1^{er} fil f est serré. On voit sortir ses extrémités coupées en f .

Le périnée est reconstitué du côté de la peau dans la portion AA', du côté du vagin dans la portion VV'. Placement du 2^e fil f^1 .

FIG. 3. — Le 2^e fil f^1 est serré et coupé.

On a gagné du côté de la peau AA'', du côté du vagin VV''.

Le 3^e fil f^2 est placé.

FIG. 4. — Après serrage du 3^e fil, le périnée est entièrement reconstitué.

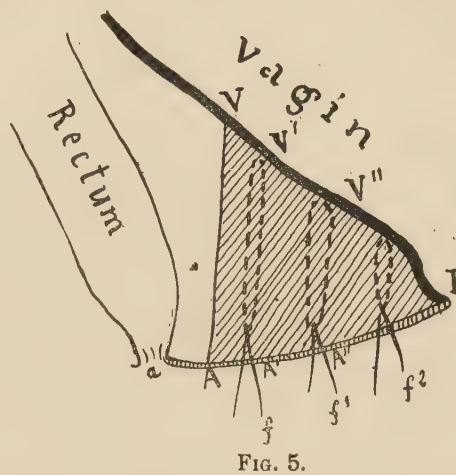
F et F' sont affrontés.

Par suite de la projection sur un seul plan, il se produit des effets de raccourci exigeant que l'examen des fig. 1, 2, 3 et 4 soit complété par celui de la fig. 5.

FIG. 5. — Coupe de profil idéale du périnée reconstitué.

La partie ombrée représente la déchirure.

Mêmes indications, que dans les figures précédentes.



BIBLIOGRAPHIE

OUTRE LES MÉMOIRES CITÉS DANS LE COURS DE CETTE THÈSE
CONSULTER LES TRAVAUX SUIVANTS :

- Hamilton. — *N. Y. medic. Journal*, 27 juin 1885, p. 279.
- Inès Gache-Sairaute. — *Arch. de tocologie*, 1885, août, septembre et octobre.
- Skene. — *N. Y. medic. Journal*, mars et avril 1885.
- Doléris. — Les lochies et les organismes inférieurs (*Arch. de toc.*, 1883).
- P. Dubois. — Traité complet de l'art des accouchements.
- Freund. — *Gyn. Klinik*, 1885. Bd. I. S. 135. Die Verletzungen der Scheide und des Dammes.
- Hadra. — *Amer. Journal of Obstetr.*, 1884, p. 365.
- Kaltenbach. — *Centralblatt für Gynækol.*, 1883. S. 457.
- Charpentier. — *Arch. de tocologie*, 1884, p. 763.
- Hegar. — *Deutsche mediz. Wochenschrift*, 1884. N° 36.
- Trélat. — *Progrès médical*, mai 1888.
- De Lostalot. — Th. Paris 1889.
- Brose. — Die fortlaufende Katgutnaht zur Vereinigung des Scheidendamms (Centr. für Gynæk., 1883).

Schröder. — *Gesellschaft f. Geburtsh. und Gyn.*, zu Berlin,
13 juin 1885. *Centrabl. f. Gyn.* 1885.

Döderlein. — *Gesellschaft f. Geb.*, zu Leipzig. Sitzung vom
16 januar 1888.

Budin. — Th. agrég.

Radier. — Contribut. à l'étude des déchir. du périnée et de leur
traitement primitif. Th. Paris, 1894, n° 372.

Ardoin. — Th. Paris, 1889.

TABLE

AVANT-PROPOS	5
INTRODUCTION.	7
CHAPITRE PREMIER. — Considérations anatomiques sur le péri- née et sur ses déchirures	9
CHAPITRE II. — Indication de la périnéorrhaphie immédiate .	19
Accidents primitifs	21
Accidents tardifs	22
CHAPITRE III. — Manuel opératoire.	22
CONCLUSIONS	41
BIBLIOGRAPHIE	45

